

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β**



**ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ- ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΓΙΑ COVID-19**

<b>Όνομασία Εμβολιαστικού Κέντρου</b>					
<b>Διεύθυνση Εμβολιαστικού Κέντρου</b>					
<b>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b> <i>(συμπληρώνεται από εμβολιαζόμενο - επιβεβαιώνεται από Γραμματεία)</i>	<b>Όνοματεπώνυμο Εμβολιαζόμενου</b>	<b>ΑΜΚΑ</b>			
	<b>Στοιχεία Επικοινωνίας (Κινητό Τηλέφωνο)</b>				
<b>ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑΣ ΝΟΣΗΣΗΣ COVID-19 (συμπτωματικής ή όχι)*</b> <i>(Συμπληρώνεται από εμβολιαζόμενο κατά την αναμονή)</i>	Ιστορικό επιβεβαιωμένου κρούσματος COVID-19  <b>1. ΝΑΙ    2. ΟΧΙ</b>	Σε περίπτωση θετικής απάντησης πότε;			
<b>ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ* (οι αναφερόμενες κατηγορίες δεν αποτελούν απαραίτητα αντένδειξη εμβολιασμού)</b>  <i>(Συμπληρώνεται από εμβολιαζόμενο κατά την αναμονή, επιβεβαιώνεται από τον ιατρό)</i>		<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>ΔΕΝ ΞΕΡΩ</b>	
	Αισθάνεστε αδιάθετος σήμερα;				
	Έχετε διαγνωστεί με χρόνια καρδιακό, πνευμονικό, νεφρικό, ή μεταβολικό νόσημα πχ. σακχαρώδη διαβήτη, άσθμα, αιματολογική, διαταραχή, ασπληνία, ανοσοανεπάρκεια, μεταμόσχευση ή έχετε λάβει αγωγή με ανοσοτροποποιητικά φάρμακα; <i>(Εάν ΝΑΙ υπογραμμίστε το αντίστοιχο νόσημα)</i>				
	Είστε υπό μακροχρόνια αγωγή με αντιπηκτικά ή ασπιρίνη;				
	Σας χορηγήθηκε κάποιο εμβόλιο τις 2 προηγούμενες εβδομάδες;				
<b>ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ</b> <i>(Συμπληρώνεται από τον ιατρό. Σε περίπτωση αντένδειξης δεν επιτρέπεται ο εμβολιασμός)</i>	Είχατε παρουσιάσει στο παρελθόν επεισόδιο σοβαρής αναφυλαξίας, που χρειάστηκε αγωγή με ενέσιμα φάρμακα (αδρεναλίνη, κορτιζόνη) ή νοσηλεία;				
	Είχατε γενικευμένη αντίδραση (σε δέρμα, αναπνευστικό, γαστρεντερικό, κυκλοφορικό) σε προηγούμενη δόση εμβολίου COVID-19; <i>(δεν αφορά τοπικά συμπτώματα πχ. πόνο, ερύθημα)</i> <i>(Εάν ΝΑΙ υπογραμμίστε τα αντίστοιχα συστήματα)</i>				
	Είστε έγκυος;				
<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ &amp; ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ - ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>					